



Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen naisen hoitotyössä hoitajien arvioimana

Henna Liljeroos

Anne Pikkarainen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

LILJEROOS, HENNA & PIKKARAINEN, ANNE:

Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen naisen hoitotyössä hoitajien arvioimana

Opinnäytetyö 41 s., liitteet 6 s.
Joulukuu 2010

Opinnäytetyön aihe nousi työelämästä ja se muotoiltiin yhdessä ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa yksilövastuisen hoitotyön toteutumista ja hoitajien suhtautumista siihen naisen hoitotyössä. Tehtävänä oli selvittää, miten yksilövastuisen hoitotyön malli toteutuu hoitajien arvioimana, miten hoitajat suhtautuvat yksilövastuiseen hoitotyöhön ja miten yksilövastuista hoitotyötä osastolla voitaisiin kehittää. Tavoitteena oli antaa tietoa yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kokemana, sekä koota heidän ehdotuksiaan sen parantamiseksi osastolla.

Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia, että organisointitapa. Sen keskeisiä periaatteita ovat potilaskeskeisyys, asenne, vastuullisuus, hoitajan itsenäisyys, hoitotyön koordinointi sekä jatkuvuus ja kattavuus. Tutkimme niiden toteutumista hoitajien kokemana käyttäen kyselyä sekä puolistrukturoitua haastattelua. Kyselyt analysoitiin käyttäen kuvailevaa tilastollista analyysia ja haastattelut käyttäen sisällön analyysia.

Tutkimuksen perusteella hoitajat arvioivat yksilövastuisen hoitotyön toteutuvan osastolla kohtalaisesti. Suhtautuminen yksilövastuiseen hoitotyöhön oli pääsääntöisesti positiivista. Hoitajilla oli myös ehdotuksia omahoitajuuden parantamiseksi. Yksilövastuista hoitotyötä oltiin halukkaita kehittämään ja aiheen esillä pitoa toivottiin. Hoitajien ehdotusten ja opinnäytetyön tekijöiden omien ideoiden pohjalta pidetään osastotunti, jossa esitellään tutkimuksen tuloksia ja kehittämissuhteita.

Asiasanat: omahoitaja, omahoitajajärjestelmä, omahoitajamalli, yksilövastuinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampere University of applied sciences
Degree program in nursing and health care
Midwifery

LILJEROOS, HENNA & PIKKARAINEN, ANNE
Actualisation of primary nursing evaluated by nurses

Bachelor's thesis 41 pages, appendices 6 pages
December 2010

The purpose of this thesis was to find out how primary nursing comes true when taking care of women evaluated by nurses. Purpose was also to find out the attitude of the nurses towards the primary nursing. The aim of this thesis was to collect proposals for developing the working model of primary nursing in the ward and study how the model works there at the present moment.

Primary nursing is not only a philosophy of nursing but also an organizing method. The key principles of primary nursing are patient centrality, attitude, responsibility, independency, coordination, continuance and scope. We studied how these principles came true according to nurses. We used both qualitative and quantitative research methods. Nurses filled an enquiry and took part to an interview. The data was analyzed by using describing statistical analysis and qualitative content analysis.

According to the study nurses evaluated that primary nursing came true moderately. The attitude towards primary nursing was mainly positive. Nurses also had suggestions how to improve the model. The nurses were ready to develop their working methods and wished that the subject would be brought up time to time. We put their suggestions together with ours and are going to present them at the ward.

Keywords: Primary nursing, principles of primary nursing, model of primary nurse

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE | 7 |
| 3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ | 8 |
| 3.1 Filosofinen lähtökohta | 9 |
| 3.2 Organisatorinen malli | 10 |
| 3.3 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet | 11 |
| 3.3.1 Potilaskeskeisyys | 11 |
| 3.3.2 Asenne | 11 |
| 3.3.3 Vastuullisuus | 12 |
| 3.3.4 Itsenäisyys | 13 |
| 3.3.5 Koordinointi | 14 |
| 3.3.6 Jatkuvuus ja kattavuus | 14 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 16 |
| 4.1 Tutkimusmenetelmät | 16 |
| 4.2 Aineiston keruumenetelmät | 17 |
| 4.3 Kohderyhmä | 18 |
| 4.4 Tutkimuksen luotettavuus | 18 |
| 4.5 Tutkimuksen eettisyys | 19 |
| 4.6 Tutkimuksen toteutuminen | 20 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET | 21 |
| 5.1 Kyselyn tulokset | 21 |
| 5.2 Haastattelun tulokset | 29 |
| 5.2.1 Omahoitajuuden hyödyt | 29 |
| 5.2.2 Omahoitajuuden haitat | 30 |
| 5.2.3 Hoitajien kehittämis ehdotukset | 32 |
| 5.3 Tulosten yhteenveto | 34 |

| | |
|------------------|----|
| 6 POHDINTA | 37 |
| LÄHTEET | 39 |
| LIITTEET | 42 |

1 JOHDANTO

Yksilövastuinen hoitotyö on hoitotyön malli, joka korostaa potilaskeskeisyyttä, hoidon kattavuutta ja hoitajan vastuullisuutta ja itsenäisyyttä. Se pyrkii takaamaan potilaalle mahdollisimman kokonaisvaltaisen ja yksilöllisen hoidon. (Luo-tolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 7; Munnukka 1993, 1; Pukuri 1997, 6–7.) Potilaan katsotaan olevan tasa-arvoinen hoitohenkilökunnan kanssa hoitoa suunniteltaessa ja sitä toteutettaessa (Munnukka 1993, 99). Hoitaja puolestaan toimii itsenäisesti potilaan kokonaishoidosta vastaten oman toimivaltansa puitteissa (Harkila 1991, 7).

Sairaalassa, johon opinnäytetyö tehdään, yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen on kirjattu hoitotyön toimintasuunnitelmaan tavoitteeksi vuonna 1990 (Pukuri 1997, 2). Yksilövastuiseen hoitotyön toteutumista on seurattu eri tutkimuksilla, joita ovat tehneet muun muassa Tarja Pukuri vuonna 1995 ja Helena Vesaluoma vuonna 2000 (Vesaluoma 2002). Näiden tutkimusten jälkeen Pukurin ja Vesaluoman käyttämää mittaria on kehitetty ja asiaa on tutkittu uudella mittarilla esimerkiksi vuonna 2002 (Koivuselkä 2002; Munnukka & Aalto, 2002, 71).

Opinnäytetyön aihe nousi työelämän aloitteesta. Tähän tutkimukseen tarkasteltavaksi osastoksi valikoitui naistentautien vuodeosasto. Osasto sopii hyvin kätilötyön opinnäytetyön tutkimuskohteeksi. Naistentautien hoitotyö kuuluu olennaisena osana kätilötyöhön, onhan kätilö naisen terveyden asiantuntija kaikissa hänen elämänsä vaiheissa (Paananen yms., 2007, 27; Laatia kätilötyöhön, 2004). Kyseisen sairaalan naistentautien vastuualueella haluttiin kartoittaa tämän hetkistä yksilövastuiseen hoitotyön toteutumista. Tarkoituksena oli selvittää omahoitajuuden toteutumista hoitajien kokemana sekä hoitajien suhtautumista siihen. Aineiston keräämiseen käytettiin kyselylomaketta ja puolistrukturoitua haastattelua.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa yksilövastuisen hoitotyön toteutumista ja hoitajien suhtautumista siihen naisen hoitotyössä. Tehtävänä on selvittää:

1. Miten yksilövastuisen hoitotyön malli toteutuu tällä osastolla hoitajien arvioimana?
2. Miten hoitajat suhtautuvat yksilövastuiseen hoitotyöhön?
3. Miten yksilövastuista hoitotyötä osastolla voitaisiin kehittää?

Tavoitteena on antaa tietoa yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta, sekä koota hoitajien ehdotuksiaan sen parantamiseksi osastolla.

3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

Yksilövastuinen hoitotyö (primary nursing) syntyi Yhdysvalloissa 1960-luvun lopulla. Se syntyi hoitohenkilökunnan keskuudessa ryhmätyönä toteutettavan ja tehtäväkeskeisen hoitotyön mallien aiheuttaman hoidon pirstaloitumisen vastapainoksi. Sen syntyyn vaikutti muun muassa Lydia Hallin perustama Loeb Center, jonka hoitofilosofia korosti kokonaishoitoa, ammatillisuutta ja hoitajan paikkaa potilaan vuoteen vierellä. Varsinaisesti omahoitajamallin teorian kehittäjänä pidetään Marie Mantheyta. (Perälä 1989, 5; Harkila 1991, 4; Hegyvary 1991, 23; Lewis-Hunstiger 2006, 4.) Sairaalan, johon opinnäytetyö tehdään, hoitotyön toimintasuunnitelmaan yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen koko sairaalassa kirjattiin tavoitteeksi ensimmäisen kerran vuonna 1990.

Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön organisointitapa, että hoitotyön filosofia. Filosofisessa näkökulmassa korostetaan potilaskeskeistä hoitotyötä, jossa hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia yksilöitä. Lähtökohtana on holistinen ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään ainutkertaisena kokonaisuutena, ei vain biologisena olentona. (Eriksson 1988, 38; Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 1,4.) Organisointitavan perusajatus on, että potilaalle nimetään omahoitaja, joka on vastuussa potilaan hoidosta ja sen koordinoinnista koko hoitojakson ajan. Hän hoitaa omaa potilastaan aina ollessaan työvuorossa ja suunnittelee muissa työvuoroissa korvaavien hoitajien toteuttaman hoidon. (Pukuri 1997, 6, 24.)

Yksilövastuisen hoitotyön perusajatus on, että yksi hoitaja huolehtii potilaan kokonaishoidosta. Perusajatuksen määrittelyssä käytetään neljää periaatetta. Nämä ovat vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi ja kattavuus. (Hegyvary 1991, 17–19.) Kirjallisuus tuntee myös muita periaatteita, joista esimerkkinä ovat hoitajan asenne, jatkuvuus, potilaskeskeisyys ja yksilöllisyys. Pukurin (1997) mukaan yksilöllisyyden periaate voi toteutua vain yksilövastuisessa hoitotyössä. Kaikkia tekijöitä ei voida saavuttaa joka tilanteessa, mutta ne täytyy asettaa tavoitteiksi. Niitä tarkastelemalla ja arvioimalla voidaan määritellä yksilövastuisen hoitotyön olemusta. (Perälä 1989, 17; Hegyvary 1991, 18–19; Munnukka 1993, 8; Pukuri 1997, 11, 14, 20, 69; Munnukka & Aalto 2002, 24.)

3.1 Filosofinen lähtökohta

Yksilövastuisen hoitotyön filosofian keskeisenä lähtökohtana on holistinen ihmiskäsitys. Ihmiskäsityksellä tarkoitetaan yleistä asennoitumista ihmiseen sekä filosofista analyysia ihmisen olemuksesta. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen nähdään kokonaisuutena, johon kuuluvat tajunnallisuus, kehollisuus sekä situationaalisuus. Tajunnaksi kutsutaan ihmisen inhimillisten kokemusten kokonaisuutta kuten havaintoja, tietämistä ja tunteita. Kehollisuuteen taas kuuluvat kaikki elimistömme toiminnot, jotka tapahtuvat aina konkreettisesti. Situaatiolla tarkoitetaan ainutkertaista elämäntilannetta, jonka kautta ihminen on kosketuksissa todellisuuteen. Siihen vaikuttavat kaikki ilmiöt, ihmiset, asiat ja tapahtumat, jotka ovat yhteydessä hänen elämäänsä. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat siis luonnontieteiden korostaman fyysisyyden lisäksi myös psyykkinen tila ja senhetkinen elämäntilanne. (Rauhala 1983, 25; Munnukka & Aalto 2002, 9–10,16,19–20.)

Yksilövastuisen hoitotyön filosofiassa ihmisen katsotaan olevan arvo itsessään, ja siksi potilaan etu on yksilövastuisen hoitotyön ensisijainen tavoite (Kiikkala 1985, 13). Potilas nähdään omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksen tekoon kykenevänä, aktiivisesti osallistuvana tekijä. Hoitaja puolestaan tuo henkilökohtaisen ammatillisen osaamisensa potilaan käyttöön. Potilaan ja hoitajan välille muodostuva vuorovaikutuksellinen ja tasa-arvoinen suhde luo potilaalle tunteen ainutlaatuisuudesta, välittämisestä, huolenpidosta ja siitä että häntä aidosti kuunnellaan. Tällainen kokemus antaa voimaa hallita omaa elämäänsä ja selviytyä erilaisista tilanteista. (Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 7; Munnukka 1993, 99; Pukuri 1997, 6.)

Hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen lähtökohtia ovat turvautuminen ja läheisyys (Munnukka 1993, 89). Turvautumisella tarkoitetaan turvallisuuden tunteen kokemuksen lisäksi myös hyväksytyksi tulemista, uskallusta osoittaa heikkoutta sekä molemminpuolista luottamusta. Läheisyys syntyy potilaan ja omahoitajan toistuvista avoimista kohtaamisista, joissa omahoitaja aidosti läsnä olevana oppii tuntemaan, ymmärtämään ja hyväksymään potilaan. (Pukuri 1997, 9,

11.) Läheisyyttä vahvistaa myös käsillä hoitaminen ja koskettaminen (Munnukka 1993, 91).

Perälän (1989) saamien tulosten mukaan potilaat, joita hoidetaan yksilövastuuisen hoitotyön mallin mukaisesti kokevat saavansa vaikuttaa omaan hoitoonsa enemmän kuin muita hoitotyön malleja käytettäessä (Perälä 1989, 53). Heidän elämänlaatunsa katsotaan olevan parempi ja heidän luottamuksensa omahoitajaan ja hoitoon on suurempaa (Neal 1995, 29–30).

3.2 Organisatorinen malli

Organisointitapana yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa, että jokaiselle potilaalle nimetään oma hoitaja. Hän vastaa potilaan hoidosta sekä sen koordinoinnista koko hoitajakson ajan (Pukuri 1997, 6). Jotta tämä olisi mahdollista, hoitajan on omattava riittävän laaja teoria- ja tietoperusta, osattava hyödyntää muiden ammattilaisten osaamista ja tietoa, sekä toimittava sairaanhoitajan eettisten periaatteiden mukaisesti (Liite 1). Hänen on kyettävä kantamaan vastuu hoitoa koskevista päätöksistä ja niiden tuloksista. (Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 12–13; Pukuri 1997, 12.)

Myös organisaation on tuettava omahoitajuutta. Se mahdollistuu muun muassa henkilökunnan rakennetta ja määrää säätelemällä. Organisaation on mahdollistettava hoitajalle riittävän itsenäiset toimintamahdollisuudet, jotta tämä kykenisi itsenäisesti suunnittelemaan, toteuttamaan ja koordinoimaan potilaansa hoidon. Yli- ja osastonhoitajan on tuettava jokaisen hoitajan ammatillista kasvua ja itsenäisyyttä sekä huolehdittava osaston hoitotyön jatkuvasta kehityksestä. Heidän on huolehdittava yhteisten toimintalinjojen ja hoitotyön päämäärien toteutumisesta työyksikössä. Yli- ja osastonhoitajan tehtäviin kuuluu myös hoitohenkilökunnan jaksamisesta ja työnohjauksesta huolehtiminen. (Kiikkala 1985, 26, 37; Munnukka & Aalto 2002, 119.)

3.3 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet

3.3.1 Potilaskeskeisyys

Aikaisemmin potilaskeskeisyyden nähtiin olevan potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ajattelevana ja toimivana subjektina. Perälä & Hentinen (1986) määrittelivät potilaskeskeisyyden tarkoittavan sitä, että hoidossa lähdetään potilaasta ja hänen hoitotyön tarpeestaan. Myöhemmin 1990-luvulla potilaskeskeisyydestä puhuttaessa on ruvettu näiden lisäksi painottamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Sen keskeinen ajatus on, että potilas saa itse ratkaista asioita, jotka koskevat häntä, hänen toimintaansa tai elämäänsä. Tällä voidaan ymmärtää valta tehdä tai olla tekemättä omaa itseään koskevia päätöksiä. (Perälä & Hentinen 1986, 83; Pukuri 1997, 21–22.)

Potilaskeskeisessä hoitotyössä potilas ja hoitaja nähdään tasavertaisina yhteistyökumppaneina. Potilaskeskeisyys edellyttää, että ”– hoitaja tuntee potilaan, hoitotyön toiminnan lähtökohtana on potilas ja hänen terveytensä, potilasta pidetään yksilönä, jolla on oikeus itsemääräämiseen ja päätöksentekoon” (Pukuri 1997, 22). Potilaan itsemääräämisoikeutta, tiedonsaantia ja päätöksen tekoa turvataan myös lailla. Potilaalla on oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan ja häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hänelle on annettava riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä ja muista hoitoon liittyvistä seikoista niin, että hän kykenee tekemään päätöksiä omaa hoitoaan koskien. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

3.3.2 Asenne

Yksilövastuinen hoitotyö voi tuntua pelottavalta ja vaativalta, jos ei ole perehtynyt siihen tai on aikaisemmin työskennellyt vain esimerkiksi tehtäväkeskeisen tai ryhmätyömallin mukaisesti. Yksilövastuinen hoitotyö vaatii uskallusta ja halua asettua potilaan vierelle. Kyetäkseen toteuttamaan yksilövastuisen hoitotyön

mallia, hoitajan täytyy tuntea, että näin saavutetaan jotakin enemmän kuin muita malleja käyttäen. (Pukuri 1997, 13–14.)

Myönteistä asennetta tarvitaan myös jatkuvasti muuttuvan hoitotyön teorian ja käytännön omaksumisessa. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseksi hoitajan on tunnettava hoitotyön teoriaa mahdollisimman laajasti. On myös tärkeää, että oikea orientaatio omaa tulevaa ammattia kohtaan syntyy jo koulutuksen aikana. Opiskelija-omahoitajana toimiminen luo hoitajan ja potilaan yhteistyösuhdetta korostavan näkemyksen hoitotyöstä ja mahdollistaa korkeatasoisen hoitotyön opiskelun käytännössä. (Pukuri 1997, 12–14.)

3.3.3 Vastuullisuus

”Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että hoitaja omaksuu itselleen vastuun potilaan hoidosta potilaan sairaalassaoloaikana. Hoitaja käyttäytyy vastuullisesti hyväksyessään tämän vastuun, tiedostaessaan sen merkityksen ja pyrkiessään mahdollisimman hyvään tulokseen potilaan kannalta.” (Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 5.) Vastuulla tarkoitetaan siis tehtävää ja vastuullisuudella sen toteuttamista (Eloranta 2006, 21). Hoitaja vastaa potilaan hoidosta, siihen liittyvistä päätöksistä, vuorovaikutuksesta, tiedottamisesta ja muiden ammattiryhmien toiminnan koordinoinnista (Pukuri 1997, 24). Hoitaja on vastuussa potilaalle, hänen läheisilleen, itselleen, omille työtovereilleen, työnantajalleen, omalle ammattikunnalleen ja yhteiskunnalle. Hoitajalla täytyy olla toimivaltaa toteuttaa tehtävät joista hän vastaa. Toimivaltaan liittyy myös juridinen ja ammatillinen vastuu. (Harkila 1991, 7; Perkiö-Kuosmanen 2004, 19; Lewis-Hunstiger 2006, 5–6.)

Hoitaja toimii vastuullisesti silloin, kun hän huolehtii siitä, että potilas saa tarvitsemansa tiedon, taidon ja asenteellisen ohjauksen voidakseen toimia oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Yhdessä he määrittävät potilaan avun tarpeen, hoidon päämäärän, sekä sen saavuttamiseksi käytettävät keinot. Potilaan vastuullisuus mahdollistuu, kun hänelle on selvitetty hänen vastuunsa hoidosta ja mahdollisuuksista vaikuttaa siihen. (Pukuri 1997, 24; Eloranta 2006, 21.) Poti-

laalla on myös oikeus luovuttaa vastuu päätöksien teosta häntä hoitavalle taholle (Voutilainen & Laaksonen 1994, 24).

3.3.4 Itsenäisyys

Yksilövastuisessa hoitotyössä itsenäisyydellä tarkoitetaan hoitajan oikeutta toteuttaa ja suunnitella potilaan hoitoa oman ammatillisen toimivaltansa puitteissa. Täytyy muistaa, että tämä ei kuitenkaan merkitse potilaan tahdon, muun hoitohenkilökunnan osaamisen tai määräyksien laiminlyöntiä. (Hegyvary 1991, 18; Eloranta 2006, 14.) Yksilövastuinen hoitotyö tuo hoitajalle vastuuta, toimivaltaa ja itsenäisyyttä (Pukuri 1997, 15).

Hoitajien välinen yhteistyö parantaa yksilöllistä työsuoritusta ja antaa uusia näkökulmia. Kollegiaalisuus perustuu oman ja toisen asiantuntemuksen kuulemiseen ja arvostamiseen. Se mahdollistaa myös kokemattomamman hoitajan itsenäisen työskentelyn. Kenenkään ei ole tarkoitus hoitaa tai osata kaikkea itse. Työryhmän ja esimiehen tuen tulee olla kaikkien käytettävissä. (Vehviläinen 1996, 40–42; Pukuri 1997, 17.)

Voidakseen toimia itsenäisesti, hoitajan on omattava riittävä teoreettinen tietopohja ja hyvä ammattitaito. Ammatillisen pätevyyden tulisikin olla lähempänä asiantuntijuutta kuin aloittelijaa. Näin ollen hoitajien korkeampi pätevyys nostaa hoitotyön laatua. (Harkila 1991, 35; Pukuri 1997, 15; Perkiö-Kuosmanen 2004, 25.) Itsenäinen työ mahdollistaa hoitajan ammatillisen kasvun, sillä se täyttää kokonaisvaltaisen työn kriteerit (Nurminen 1994, 14). Martikaisen (1981) mukaan yksilövastuinen hoitotyö tuo hoitajalle mahdollisuuden jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen hoitoprosessin vaatimusten kautta (Martikainen 1981, 152). Sekä Neal (1995), että Pukuri (1997) toteavat, että yksilövastuista hoitotyötä tekevät hoitajat ovat tyytyväisempiä työhönsä ja arvostavat sitä enemmän kuin muita työnjakomuotoja käyttävät (Neal 1995, 29–30; Pukuri 1997, 69).

3.3.5 Koordinointi

Omahoitaja ja potilas suunnittelevat hoidon yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, joka etenee kohti asetettuja tavoitteita. Heillä on siis kokonaiskuva hoidosta. Omahoitaja hoitaa kommunikoinnin eri osapuolten kanssa. Hän toimii yhdessä potilaan omaisten kanssa ja koordinoi muiden ammattiryhmien potilaalleen antamaa hoitoa. Hoitajan tehtävä on myös selventää potilaalle tulevat hoidot, valmistaa häntä niihin ja selventää hänelle niistä saadut tulokset. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 79; Pukuri 1997, 19–20.)

Koordinointi varmistaa sen, että omahoitajalla ja muulla hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla on yhteiset tiedot, suunnitelma ja kokonaiskäsitys potilaan hoidosta. Omahoitajan tehtävänä on välittää nämä tiedot muille potilasta hoitaville tahoille hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Vaikka suurin vastuu koordinoinnista on omahoitajalla, ovat myös muut hoitoon osallistuvat velvollisia toteuttamaan sitä omalta osaltaan. (Heggyvary 1991, 18; Pukuri 1997, 19–20.)

3.3.6 Jatkuvuus ja kattavuus

Hoitojakson aikana jatkuvuus tarkoittaa tiedon välittymistä muuttumattomana henkilöltä toiselle. Potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan ja potilas ymmärtää, mitä hänelle milloinkin tapahtuu. Kun omahoitaja ja samat korvaavat hoitajat hoitavat potilasta, potilas tietää kenen kanssa hän voi hoitaa asioitaan. Tiedonvälitys on myös yksinkertaisempaa, kun potilas ja hoitaja tuntevat toisensa hyvin. Jatkuvuus kotiutumisen tai toiseen hoitopaikkaan siirtymisen yhteydessä tarkoittaa siirtymisen huolellista valmistelua ja toimintojen koordinointia. Omahoitaja tekee myös arvion ja yhteenvedon hoitojaksosta. Näin tieto siirtyy portaattomasti seuraavaan hoitoyksikköön. (Voutilainen & Laaksonen, 1994, 80–81.)

Kattavuudella tarkoitetaan potilaan huomioimista kokonaisvaltaisesti. Potilaasta ei voida erottaa vain tiettyä osaa hoidon kohteeksi, vaan häntä on hoidettava yksilöllisenä kokonaisuutena. Kaikissa hoitotyön vaiheissa otetaan huomioon

potilaan kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 79–80.) Omahoitajan tehtävä on huolehtia näistä hoitoa toteutettaessa (Hegyvary 1991, 18).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessamme käytetään sekä laadullista, että määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä pyritään tuottamaan perusteltua ja yleistettävää tietoa, kun taas laadullisella tutkimusmenetelmällä pyritään ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen. Yhdistämällä molempia tutkimusmenetelmiä saadaan tutkimuksessamme luotettavampaa tietoa hoitajien suhtautumisesta yksilövastuiseen hoitotyöhön. (Kananen 2008a, 24; Kananen 2008b, 10, 84).

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään ilmiötä syvällisesti. Se ei pyri tekemään yleistyksiä, vaan tutkii yksittäistapauksia mahdollisimman perusteellisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelu, dokumentit ja toimintatutkimus. (Kananen 2008a, 24–25, 57.) Tutkimuksessamme käytetään puolistrukturoitua haastattelua, koska haluamme saada selville hoitajien kokemuksia ja mielipiteitä omahoitajuudesta. Haastattelun etuna on mahdollisuus oikaista vääriinkäsityksiä ja selvittää kysymysten sanamuotoja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74–77.) Kvalitatiivisen aineiston analysoinnissa voidaan käyttää useita erilaisia menetelmiä (Kananen 2008a, 58). Tutkimuksemme kvalitatiivinen aineisto analysoidaan sisällön analyysia käyttäen. Sisällön analyysissä aineisto pyritään saamaan tiivistetyksi ja yleistetyksi. Näin aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä pyritään yleistämään pienestä joukosta saatuja tuloksia. Pienen joukon edellytetään edustavan joukkoa johon tuloksia yleistetään. Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi pyrimme omassa tutkimuksessamme tekemään kyselyn osaston koko hoitohenkilökunnalle. Yleensä aika- ja kustannuskysymykset kuitenkin rajoittavat kyselyyn vastaavan joukon kokoa. Kvantitatiivisen tutkimuksen mittauksin saatu aineisto käsitellään tilastollisin menetelmin. (Kananen 2008b, 10, 51, Nummenmaa

2004, 50- 86.) Opinnäytetyössämme aineisto analysoidaan käyttäen kuvailevaa tilastollista analyysia.

4.2 Aineiston keruumenetelmät

Tutkimuksessa käytettävän mittarin luomiseksi on kaksi erilaista tapaa. Toinen on uuden mittarin kehittäminen ja toinen jonkin käyttötarkoitukseen sopivan valmiin mittarin käyttö. (Pukuri 1997, 43.) Tässä tutkimuksessa käytämme aineistonkeruumenetelmänä sekä kyselylomaketta, että haastattelua. Haastattelukysymykset muotoilemme itse ja kyselylomakkeena käytämme Tarja Pukurin (1997) mittarista kehitettyä kyselylomaketta teoksesta *Minun hoitajani*. (Liite 2).

Valitsimme kyselyssä käytettävän mittarin, koska sitä on aikaisemminkin käytetty tutkittaessa yksilövastuista hoitotyötä hoitohenkilökunnan arvioimana (Koi-vuselkä 2002). Mittarin summamuuttujiksi on nimetty tieto omahoitajuudesta, asenne, autonomia, koordinointi, potilaskeskeisyys ja vastuullisuus. Jokainen summamuuttuja sisältää kahdesta kolmeen väittämää, joista on muodostettu Likert -tyyppinen asteikko 1-5. Numerot vastaavat mielipiteitä seuraavasti: 1 = ei lainkaan, 2= jonkin verran, 3= kohtalaisesti, 4= hyvin ja 5= erittäin hyvin. (Koi-vuselkä 2002, 6–11, Munnukka & Aalto, 2002, 71). Mittari on todettu toimivaksi, ja se vastaa myös meidän tutkimuskysymyksiimme.

Kyselyn lisäksi haluamme tarkentaa hoitohenkilökunnan suhtautumista yksilö-vastuiseen hoitotyöhön ja kuulla heidän kehittämisehdotuksiaan haastattelemalla heitä kolmella avoimella kysymyksellä, joista kaksi ensimmäistä kysymystä sisältävät a- ja b-kohdat. (Liite 3). Puolistrukturoidut haastattelut toteutetaan osastolla rauhallisessa tilassa syksyn 2010 aikana. Kaksi opinnäytetyön tekijää haastattelee yhtä työntekijää kerrallaan niin, että toinen haastattelee ja toinen kirjaa. Haastattelut ja kyselylomakkeet tehdään nimettömänä.

4.3 Kohderyhmä

Kyselyt ja haastattelut toteutetaan naistentautien osastolla. Osastolla työskentelee 21 sairaanhoitajaa ja kuusi perushoitajaa sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Aamuvuorossa hoitotyötä tekeviä hoitajia on kuusi ja osastoon kuuluvalla sytostaattipoliklinikalla kolme. Iltavuorossa hoitajia on viisi ja yöllä kolme. Kyselyt ja haastattelut pyritään tekemään mahdollisimman monelle hoitotyötä tekeväälle henkilölle eli 27 hoitajalle.

Osastolla hoidetaan gynekologisia leikkauspotilaita, syöpäpotilaita sairauden eri vaiheissa, alkuraskauden ongelmia sekä potilaita, joilla on gynekologinen tulehdus. Leikkauksia tehdään elektiivisesti, päiväkirurgisesti sekä päivystysleikkauksina. Myös osastohoitoa vaativat gynekologiset päivystyspotilaat hoidetaan tällä osastolla. Potilaspaikkoja on osastolla 25, joiden lisäksi sytostaattipoliklinikalla paikkoja on kuusi. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastolla on 2,5 vuorokautta.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen täytyy olla objektiivista. Kvalitatiivisen tutkimuksen objektiivisuuteen vaikuttavat muun muassa tutkijan omien asenteiden ja näkemysten sekoittuminen tutkimusmateriaaliin, vain tietyn tyyppisten tulosten huomiointi ja saatujen tulosten virheellinen tulkinta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa virheitä voi syntyä tutkimuslomakkeen suunnittelussa, aineiston keräämisessä, koodaamisessa ja analysoinnissa (Kananen 2008a, 121–122.)

Mäkelä (1990) ehdottaa kvalitatiivisen analyysin luotettavuuden arviointiperusteiksi aineiston riittävyttä, analyysin kattavuutta sekä analyysin arvioitavuutta ja toistettavuutta (Mäkelä 1990, 47). Tutkimuksessamme pyrimme haastattelemaan koko osaston hoitohenkilökuntaa, jolloin aineisto olisi riittävä kuvaamaan tämän osaston hoitajien kokemuksia yksilövastuisesta hoitotyöstä. Haastattelumme kysymykset on pyritty rajaamaan niin, että niistä saadaan esille niitä tietoja, joita on tarkoitus tutkia. Avoimia kysymyksiä on kolme ja ne lähestyvät yk-

silövastuista hoitotyötä eri näkökulmista. Kysymysten tarkkarajaisuus parantaa analyysin arvioitavuutta ja toistettavuutta. Tutkimuksessamme haastattelut ja tulosten analysoinnin tekee kaksi opinnäytetyöntekijää, millä pyritään vähentämään virhetulkinnan mahdollisuutta.

Tutkimuksen kvantitatiiviseen osaan valitsimme käytettäväksi valmiin mittarin, koska se on testattu ja todettu luotettavaksi. Käytämme Tarja Pukurin (1997) mittarista kehitettyä uudempaa mittaria, jota on myös käytetty tutkittaessa yksilövastuista hoitotyötä (Munnukka & Aalto, 2002, 71). Osaa uudemman mittarin summamuuttujista on kuitenkin tarkasteltu vain muutamalla väittämällä ja siksi ne eivät välttämättä anna luotettavaa kuvaa näistä muuttujista. (Koivuselkä 2002, 1, 15–16). Haastattelulla tarkennetaan näitä summamuuttujia ja tällä tavalla pyritään parantamaan luotettavuutta. Käyttämällä kahta eri tutkimusmenetelmää tutkimuksen luotettavuus paranee (Kananen 2008b, 84).

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella tutkimusprosessin ja tutkimuksen seurausten kannalta. Tutkimusaiheen valinnassa tulisi ottaa huomioon tulosten hyödynnettävyys niin, että niillä olisi jotain merkitystä yhteiskunnan kannalta. Tutkimuksessa pyritään aina totuuteen, vaikka tulokset eivät olisi odotetun laisia. (Kananen 2008a, 133–134, Kuula 2006, 11.) Myös tutkittavien informointi on tutkimuksen eettisyyden kannalta tärkeää. Informointiin liittyy tutkimuksen tekijöiden yhteystietojen julkisuus, tutkimuksen tavoitteet, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, annettujen tietojen käyttö, suojaaminen ja säilytys. (Kuula 2006, 99–102.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavien informointi suoritettiin kahdella tavalla. Tutkittavan osaston osastonhoitaja informoi osaston hoitajia tutkimuksestamme osastokokouksessa ennen aineiston keruun alkamista. Kyselylomakkeisiin liitettiin vielä saatekirje (liite 4). Siitä käy ilmi tutkimuksen tavoite, tutkimuksen tekijät, anonymiteetti, osallistumisen vapaaehtoisuus ja aineiston luottamuksellinen

käsittely. Haastatteluihin kerättiin kirjalliset suostumukset, joista kävi ilmi myös yllä mainitut asiat (liite 5). Suostumuslomakkeita ja haastatteluvastauksia ei missään tutkimuksen vaiheessa yhdistetty, joten anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan.

4.6 Tutkimuksen toteutuminen

Tutkimuslomakkeet ja niiden palautuslaatikko vietiin osastolle syyskuussa 2010. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Tutkimuksesta oli informoitu osastokokouksessa ja kyselyn ohessa olevalla saatekirjeellä. Kyselyyn vastasi 15 hoitajaa, eli 56 % osaston hoitohenkilökunnasta. Kyselyiden vastaukset analysoitiin käyttämällä PASW Statistics 18.0 – tilastointiohjelmaa.

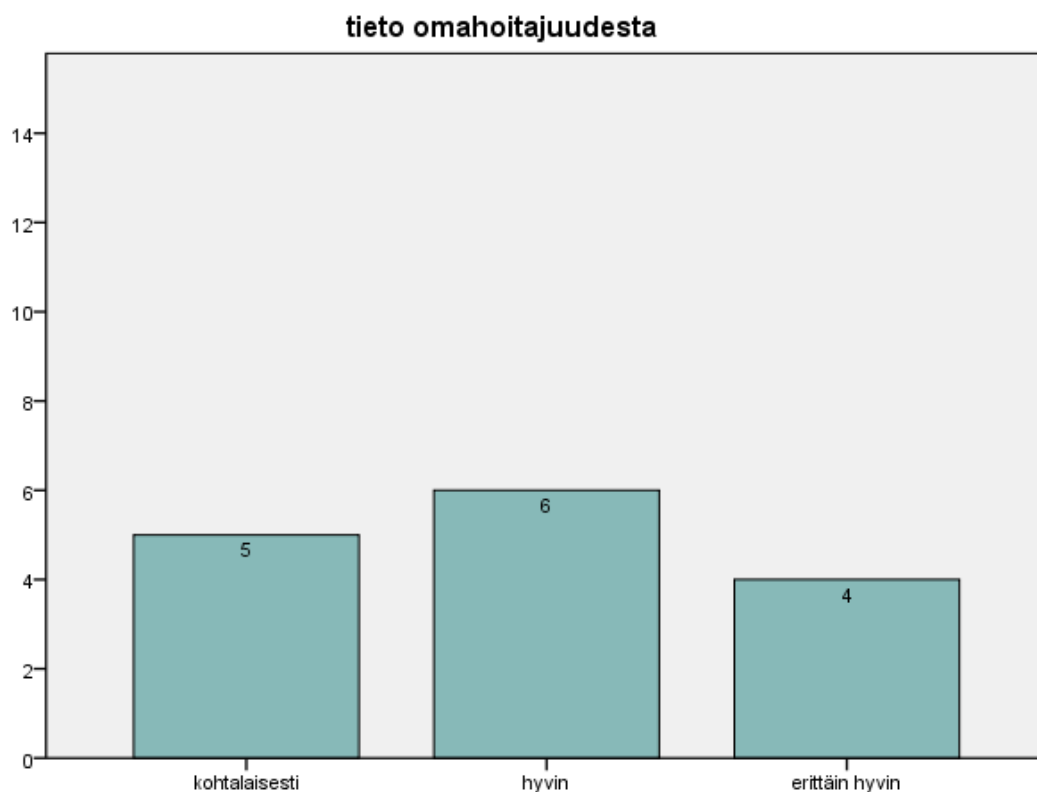
Haastatteluja teimme osastolla kahtena päivänä syyskuussa 2010. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa tilassa kahden opinnäytetyöntekijän haastattellessa yhtä hoitajaa kerrallaan. Haastattelut olivat vapaaehtoisia ja hoitajat tulivat haastatteluun, kun se heidän aikatauluunsa sopi. Haastatteluun osallistui 12 hoitajaa, eli 44 % osaston hoitohenkilökunnasta. Haastattelut kestivät keskimäärin noin 15 minuuttia. Haastattelussa oli yhteensä kolme kysymystä josta kaksi ensimmäistä sisälsi sekä a- että b-kohdan (liite 3). Vastausten purussa käytettiin sisällön analyysiä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kyselyn tulokset

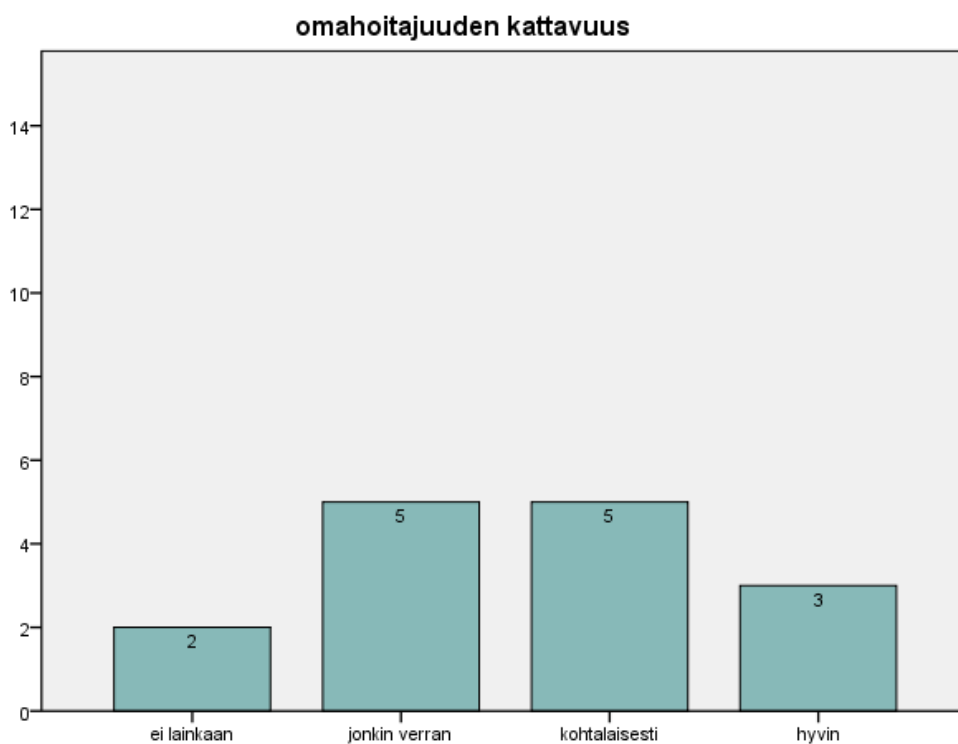
Kysely on jaettu kuuteen summamuuttujaan, jotka ovat tieto omahoitajuudesta, asenne, autonomia, koordinointi, potilaskeskeisyys sekä vastuullisuus. Jokaisessa summamuuttujassa on kaksi tai kolme väittämää. Yhteensä väittämiä on 17 (liite 2). Esittelemme tuloksia yksi summamuuttuja kerrallaan. Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin kirjaamisen vaikutusta ja lääkäreiden suhtautumista omahoitajuuteen sekä omapotilaisiin käytettyä aikaa. Näitä kohtia käsittelemme summamuuttujien jälkeen.

Ensimmäisenä summamuuttujana kyselyssä on tieto omahoitajuudesta ja sen alle kuuluvat väittämät 1-3 (Koivuselkä 2002, 6). Ensimmäisessä väittämässä tiedusteltiin tietävätkö potilaat kuka on heidän omahoitajansa. Kaksi kolmasosaa vastaajista vastasi, että heidän potilaansa tiesivät heidän olevan omahoitajia hyvin tai erittäin hyvin. Loput vastasivat että potilaat tietävät omahoitajansa kohtalaisesti (kuvio 1). Toinen väittämä koski tietoa omahoitajan työvuoroista. Vastauksissa ilmeni jonkin verran hajontaa. Noin puolet arvioi potilaiden tietävän työvuoroista kohtalaisesti. Kolmasosa arvioi potilaiden tietävän työvuoroista jonkin verran tai ei lainkaan, viidesosa vastasi, että potilaat tietävät työvuoroista hyvin. Kolmas väittämä käsitteli tietoa korvaavasta hoitajasta. Lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä että heidän omapotilaansa ei tiennyt lainkaan korvaavaa hoitajaa. Kolmasosa vastasi tietoa olevan jonkin verran ja viidesosa kohtalaisesti. Summamuuttujan keskiarvo on 2,8 eli hoitajat arvioivat potilaiden tietävän omahoitajuudesta kohtalaisesti.

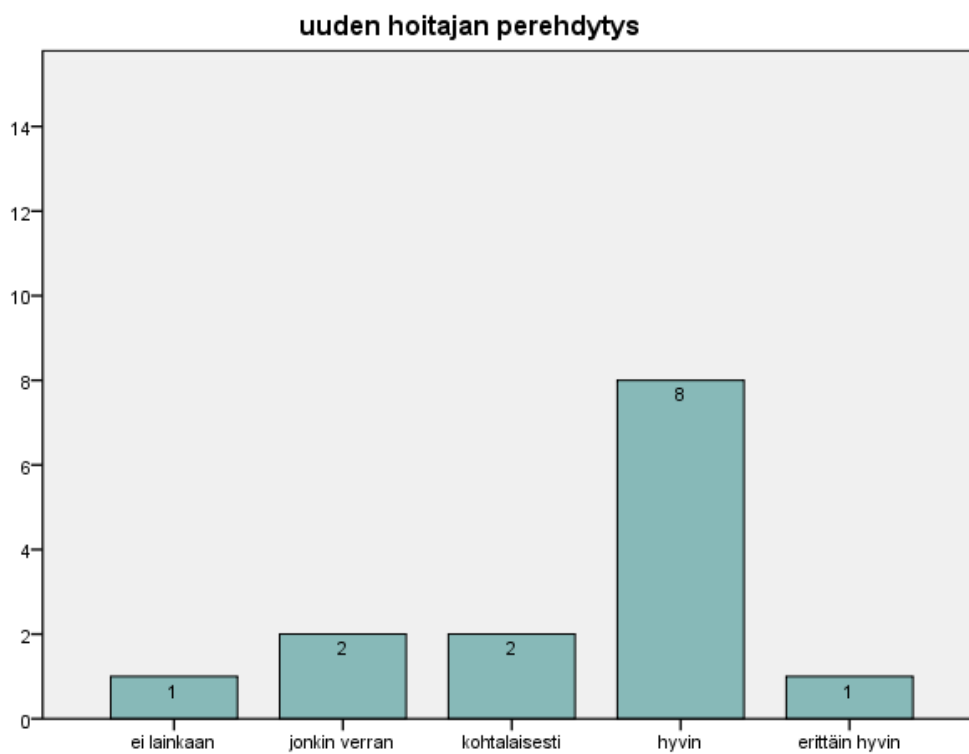


KUVIO 1. Potilaani tietävät, että olen heidän omahoitajansa.

Toinen summamuuttuja on asenne omahoitajuuteen ja se sisältää väittämät 5 ja 14 (Koivuselkä 2002, 7). Väittämä viisi kuuluu: "Vastaan omahoitajana potilaani hoitotyöstä koko hoitojakson ajan". Kaksi kolmasosaa vastasi väittämän toteutuvan jonkin verran tai kohtalaisesti. Viidesosa ilmoitti vastaavansa potilaansa hoitotyöstä hyvin ja kahden hoitajan mielestä väittämä ei toteutunut lainkaan (kuvio 2). Väittämä 14 koski uuden työntekijän perehdyttämistä omahoitajuuteen osastolla. Yli puolet vastasi perehdytyksen toteutuvan hyvin. Loput vastaukset jakautuivat tasaisesti muiden vastaus vaihtoehtojen kesken (kuvio 3). Summamuuttujan keskiarvo on 3,0 eli asenne omahoitajuuteen on kohtalainen.

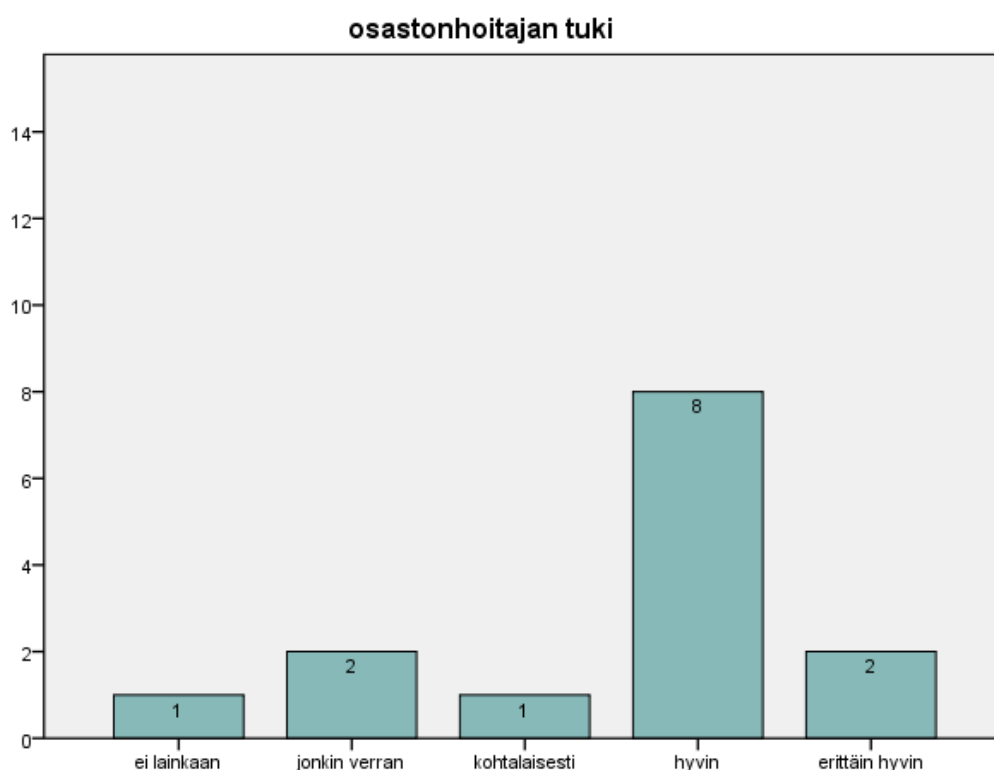


KUVIO 2. Vastaan omahoitajana potilaani hoitotyöstä koko hoitojakson ajan.



KUVIO 3. Osastollamme uusi työntekijä perehdytetään omahoitajana toimimiseen.

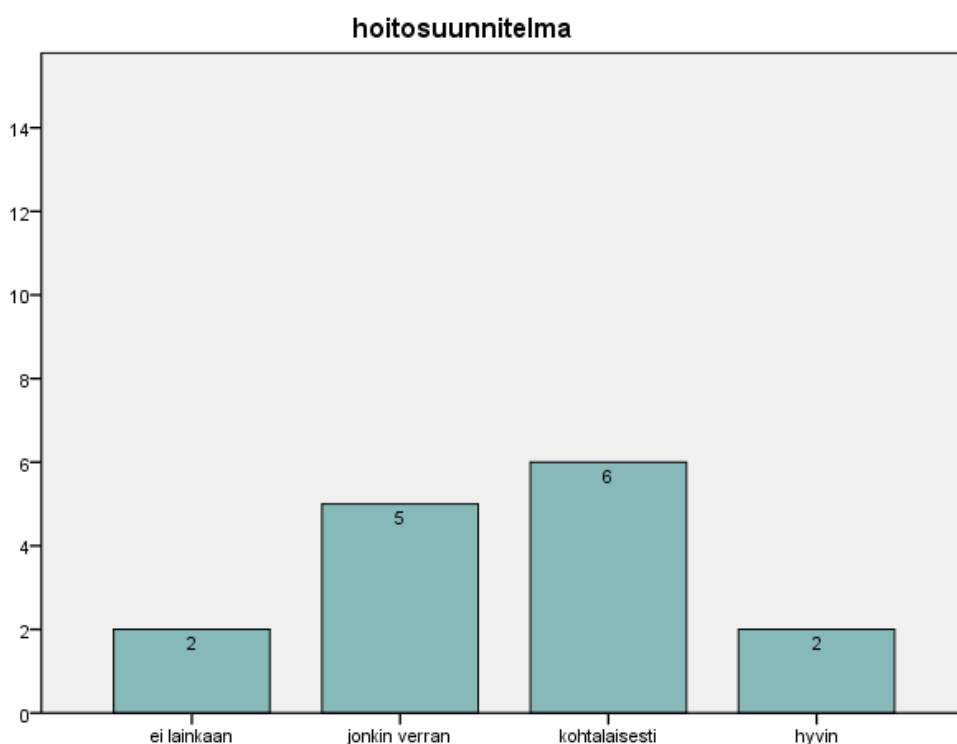
Kolmas summamuuttuja on autonomian toteutuminen. Siihen kuuluvat väittämät 4 ja 13 (Koivuselkä 2002, 8). Väittämässä neljä kysyttiin luottamusta kollegoiden osaamiseen. Yli kaksi kolmasosaa vastasi luottavansa kollegoiden osaamiseen erittäin hyvin ja loput hyvin. Väittämässä kolmetoista kysyttiin osastonhoitajan antamaa tukea omahoitajuuteen. Yli puolet vastasi saavansa hyvin tukea, loput vastauksista jakautuivat tasaisesti muiden vaihtoehtojen kanssa (kuvio 4). Summamuuttujan keskiarvoksi saadaan 4,2, eli autonomia toteutuu hoitajien mukaan hyvin.



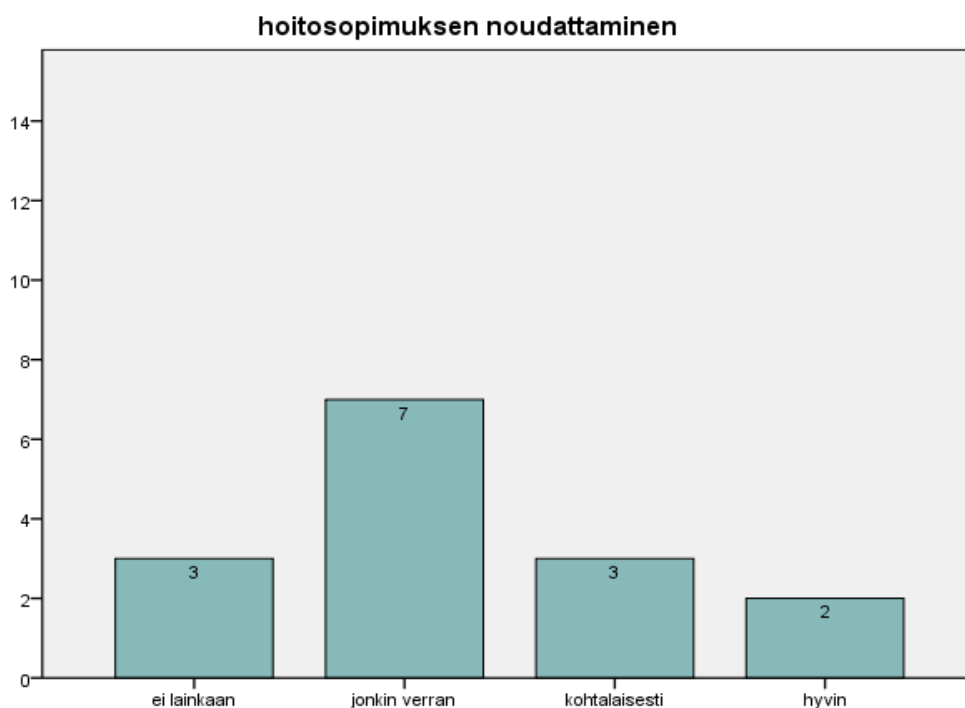
KUVIO 4. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana.

Neljäs summamuuttuja on hoitotyön koordinointi. Siihen kuuluvat väittämät 8, 10 ja 12 (Koivuselkä 2002, 9.) Väittämä kahdeksan kuuluu: ”Toimintaani ohjaa yhteistyössä potilaan kanssa laadittu suunnitelma.” Yli puolet vastasi hoitosuunnitelman ohjaavan toimintaansa jonkin verran tai kohtalaisesti (kuvio 5). Väittämässä 10 hieman alle puolet ilmoittaa hoitosopimuksen ohjaavan muiden toimintaa jonkin verran. Yksi kolmasosa vastaa muiden noudattavan hoitosopimusta kohtalaisesti tai hyvin. Yksi viidesosa vastasi ettei muut hoitajat

nouda hoitosopimusta lainkaan (kuvio 6). Väite 12 kuuluu: ”Hoidan potilaani jatkohoitojärjestelyt hoitotyön osalta. Yli puolet vastasi väitteen toteutuvan hyvin tai erittäin hyvin. Loput vastasivat, että jatkohoitojärjestelyt toteutuvat kohtalaisesti. Summamuuttujan keskiarvo on 3,1, eli hoitotyön koordinointi toteutuu hoitajien mielestä kohtalaisesti. Huomion arvoista on kuitenkin että kahden ensimmäisen väittämän keskiarvot ovat 2,5 eli kohtalaisesti ja 2,3 eli jonkin verran.

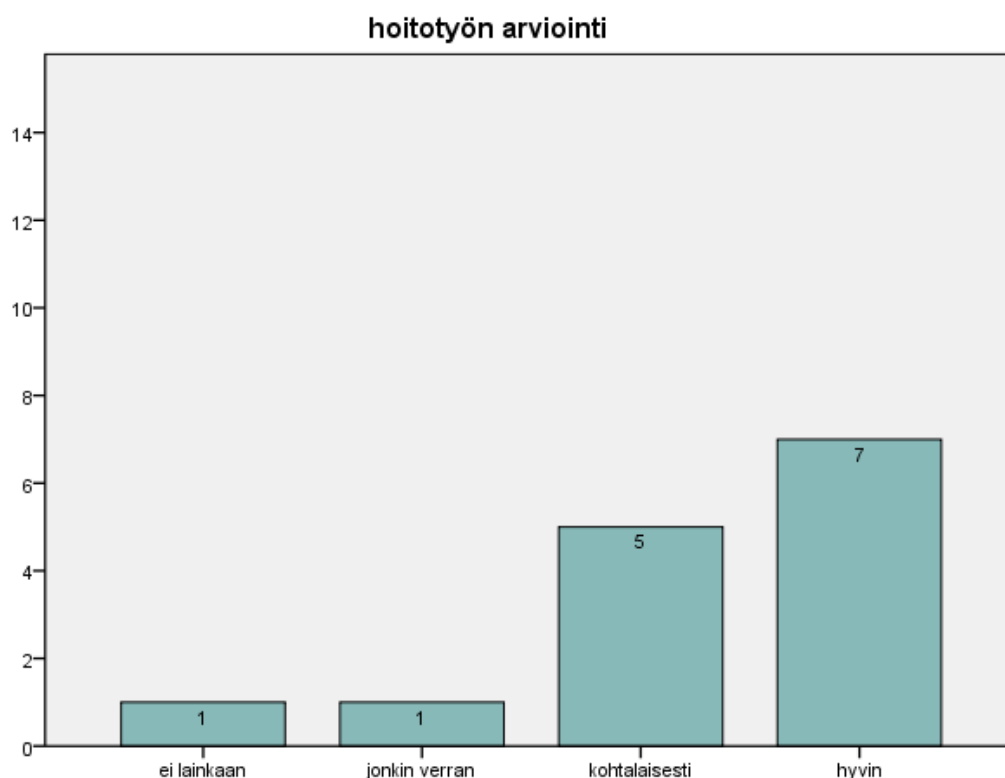


KUVIO 5. Toimintaani ohjaa yhteistyössä potilaan kanssa laadittu suunnitelma.



KUVIO 6. Hoitosopimukset ohjaavat muiden hoitajien toimintaa poissa ollessani.

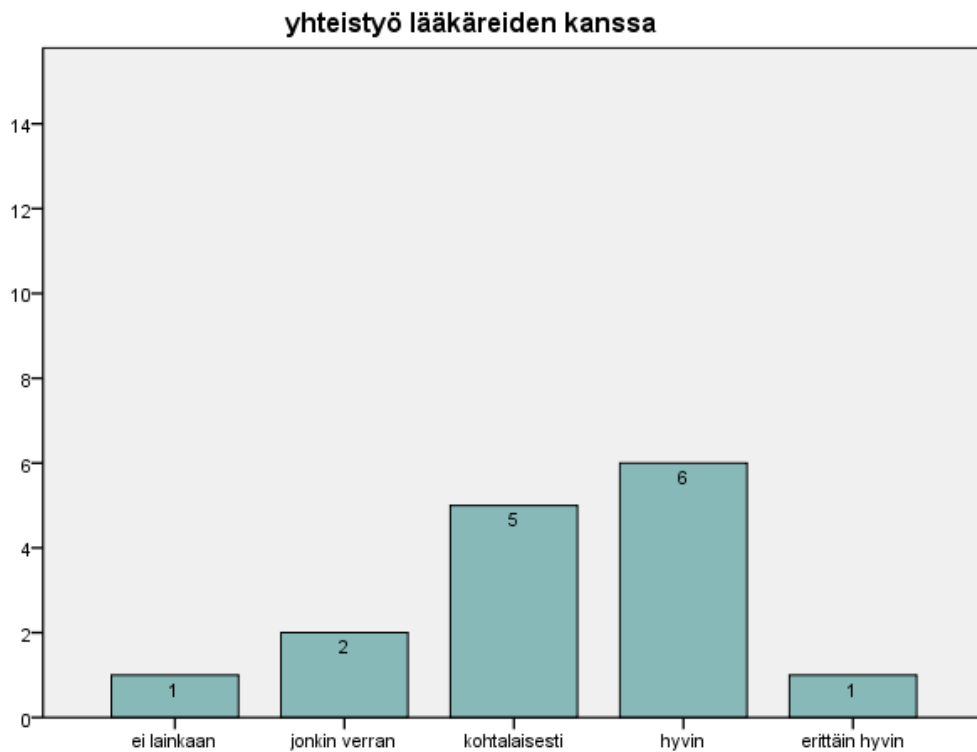
Viides summamuuttuja on potilaskeskeisyys. Sen piiriin kuuluvat väittämät 7 ja 9 (Koivuselkä 2002, 11). Hieman yli puolet vastaajista kertoo neuvottelevansa hoitotyön tavoitteista potilaan ja hänen omaistensa kanssa hyvin tai erittäin hyvin. Kolmas osa arvio väitteen toteutuvan kohtalaisesti ja loput jonkin verran tai ei lainkaan. Myös hoitotyön arviointia tehtiin hoitajien mukaan hyvin tai kohtalaisesti, vain 2 vastaajaa vastasi arvioivansa hoitotyötä potilaan kanssa jonkin verran tai ei lainkaan (kuvio 7). Summamuuttujan keskiarvo on 3,3, eli potilaskeskeisyys toteutuu kohtalaisesti.



Kuvio 7. Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaani ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa.

Viimeinen summamuuttuja on vastuullisuus. Se pitää sisällään väittämät 6 ja 11 (Koivuselkä 2002, 10). Väittämässä kuusi arvioidaan omahoitajuuden toteutumista työvuorossa. Lähes kaikki vastanneista ilmoittaa omien potilaiden hoitamisen toteutuvan heidän töissään ollessaan hyvin tai erittäin hyvin. Vain kaksi neljästätoista vastasi sen toteutuvan kohtalaisesti. Tiedotuksesta huolehtimisen ilmoitettiin toteutuvan pääsääntöisesti hyvin tai erittäin hyvin. Kolme vastanneista vastasi sen toteutuvan kohtalaisesti. Summamuuttujan keskiarvo on 4,1, eli vastuullisuus toteutuu hoitajien mukaan hyvin.

Edellä käsiteltyjen summamuuttujien lisäksi kyselyssä kartoitettiin hoitotyön kirjaamisen vaikutusta ja lääkäreiden suhtautumista omahoitajuuteen. Kirjaamisen ilmoitettiin tukevan omahoitajuutta hyvin tai erittäin hyvin. Vain kaksi vastaajaa arvioi tuen olevan kohtalaista. Lääkäreiden arvioitiin olevan tietoisia ja hyväksyvän omahoitajuuden hyvin tai kohtalaisesti (kuvio 8).



Kuvio 8. Lääkärit tietävät ja hyväksyvät osastomme omahoitaja käytännön.

Viimeisenä kysyttiin hoitajien käyttämää aikaa omapotilaalleen työvuorossa. Yli puolet vastaajista eivät vastanneet tähän kysymykseen. Vastanneista kaksi kolmasosaa vastasi käyttävänsä tunnin tai alle, kolmasosa enemmän. Vastauksien vähyydestä päätellen kysyttyä aika-arviota oli vaikea tehdä.

5.2 Haastattelun tulokset

5.2.1 Omahoitajuuden hyödyt

Ensimmäisen kysymyksen ensimmäisessä kohdassa tiedusteltiin, mitä hyötyä omahoitajuudesta on potilaan kannalta. Yhteensä kahdeksan vastaajista toi esille potilaalle muodostuvan turvallisuuden tunteen ja luottamuksen. Vastaajien mukaan potilaan on helpompi kertoa omista asioistaan tutulle hoitajalle ja kysyä häntä mietityttävistä asioista, sekä luottaa siihen, että asiat ovat hoidossa.

”Joka aamu ei tarvitse sanoa, että hei mun nimi on se ja se ja kertoa koko elämänhistoriaa.”

Viisi vastaajaa mainitsee potilaalle olevan hyötyä siitä, että hän tietää, kuka koordinoi hänen hoitoaan ja kenen puoleen hän voi kääntyä hoitoa koskevilla kysymyksillä. Lisäksi yksi haastateltava mainitsi omahoitajan olevan turvallinen linkki lääkäriin. Neljä vastaajista kokee myös, että potilaan taustojen tunteminen ja hoitajan perehtyneisyys potilaan asioihin hyödyttää potilasta, koska aikaa jää paperitöiltä enemmän potilaskontaktiin. Tiedonkulun mainittiin sujuvan paremmin kuin potilasta hoitaa mahdollisimman usein omahoitaja.

”Kaikki tieto ei aina oo paperilla, vaikka kyllähän se pitäisi. Omahoitaja tietää muutakin potilaan elämästä kun vain sairaanhoidolliset asiat.”

Lisäksi mainittiin ohjauksen olevan selkeämpää kun asiat neuvotaan vain yhdellä tavalla ja kiinnitetään huomio potilaan tarpeisiin. Omahoitaja tietää paremmin, mitä informaatiota potilas on jo saanut ja mitä hän vielä tarvitsee.

Ensimmäisen kysymyksen toisessa kohdassa tiedusteltiin, mitä hyötyä omahoitajuudesta on hoitajalle. Vastaukset olivat hyvin samanlaisia kuin ensimmäisessä kohdassa. Taustojen tunteminen ja siitä tuleva ajan säästö mainittiin kahdeksassa vastauksessa. Yhdeksän hoitajista koki saavansa paremman kokonaiskuvan omapotilaan kuin muiden potilaiden hoidosta ja tutun potilaan kanssa koettiin olevan helpompi ja rennompi työskennellä.

”Työtä on kivempi tehdä, kun tietää mihin on jäänyt eilen ja mistä jatkaa tänään.”

Omahoitajana työskentely koettiin motivoivaksi ja mielekkääksi. Kertaalleen mainittiin omahoitajana toimimisen olevan vastuullista ja kehittävän ammattitaitoa, koska vastuu hoitotyön päätöksistä on pitkälti omahoitajalla.

5.2.2 Omahoitajuuden haitat

Toisen kysymyksen ensimmäisessä kohdassa kysyttiin omahoitajuuden huonoja puolia potilaan kannalta. Kaikki hoitajat yhtä lukuun ottamatta mainitsivat potilaan kärsivät siitä, jos potilaan ja hänen omahoitajansa henkilökemiat eivät kohtaa. Viisi hoitajaa arvio lisäksi, että tällaisessa tilanteessa potilas ei välttämättä uskalla ilmaista tyytymättömyyttään, vaan jää kärsimään tilanteesta. Tämä saattaa myös johtaa turvattomuuden tunteeseen ja epämukavaan oloon.

”Jos kemiat ei kohtaa, voi olla vaikea sanoa, että ei tykkää omahoitajasta. Sen takia sairaalassa olo muuttuu vielä kamalammaksi.”

Kolme vastaajaa mainitsi omahoitajan mahdollisen ammattitaidottomuuden olevan haitaksi potilaalle. Tämä aiheuttaa myös eriarvoisuutta potilaiden kesken, sillä toiset saavat ammattitaitoisempaa hoitoa. Yksi vastaaja toi esille pitkän hoitosuhteen aiheuttavan sokeutumista potilaan tilanteelle ja ongelmille. Hoitaja saattaa väsyä pitkään hoitosuhteeseen jolloin hoidon taso laskee. Muutama

vastaaja mainitsi omahoitajuuden aiheuttavan potilaille hämmennystä, jos se ei toteudu käytännössä. Jos potilaalle on määrätty omahoitaja, joka ei kuitenkaan koskaan hoida potilasta, korvaavan hoitajan määrääminen koettiin puutteelliseksi. Potilas saattaa odottaa omahoitajaa, mutta käytännössä ei koskaan tapaa häntä.

Toisen kysymyksen toisessa kohdassa kysyttiin mitä huonoja puolia omahoitajuudesta koetaan olevan hoitajalle. Yhdeksän vastaajaa mainitsi huonoksi puoleksi hoitajan väsymisen ja liian raskaat hoitosuhteet. Raskaaksi koettiin, jos hoitosuhde oli liian pitkä, potilas oli monisairas tai potilaan hoito vei paljon aikaa. Myös potilaan liian tutuksi tuleminen, jolloin työ asiat tulevat liian henkilökohtaisiksi ja saattavat seurata kotiin, koettiin omahoitajuuden huonoksi puoleksi. Myös erilaiset potilaalle henkisesti raskaat tilanteet saattavat tulla liian henkilökohtaiseksi hoitajalle.

”Varsinkin syöpäpotilaiden hoito voi joskus olla henkisesti tosi raskasta. Sellainen latistaa työntekoa pidemmän päälle.”

Seitsemän vastaajaa mainitsi hoitajalle olevan haittaa siitä, että henkilökemiat potilaan tai hänen omaistensa kanssa eivät kohtaa. Tällöin työskentely muuttuu väkinäiseksi, eikä hoitaja voi toteuttaa hoitotyötä omalla persoonallaan.

”Jos kemiat ei kohtaa niin väkisin hoitaminen ja sellainen näytteleminen on raskasta, eikä kivaa kummallekkaan.”

Muutama vastaaja toi esille huonona puolena sen, ettei omahoitajuutta ja omahoitajan päätöksiä kunnioiteta. Omahoitaja näkee vaivaa hoitosuunnitelman ja potilaan luottamuksen saamiseksi, mutta muut hoitajat eivät toteuta suunnitelmaa ja näin horjuttavat potilaan luottamusta hoitoon ja sen toteutukseen. Vuorokohtaisen potilasjaon koettiin joskus myös suosivan edellisissä vuoroissa potilasta hoitaneita hoitajia enemmän kuin omahoitajaa, jolloin omahoitajan aikaisempi työpanos menee hukkaan.

5.2.3 Hoitajien kehittämis ehdotukset

Viimeisenä tiedusteltiin miten omahoitajuutta voitaisiin kehittää tällä osastolla. Lähes kaikki mainitsivat työvuorosuunnittelun vaikuttavan omahoitajan toimimiseen.

”Ergonominen työsuunnittelu on hyvä, mutta ei se oikein palvele omahoitajuutta.”

Työvuorojen huomioiminen omapotilaita jaettaessa voisi parantaa omahoitaja-potilas suhteen jatkuvuutta. Myös vakituisen henkilökunnan lisääminen ja lyhytaikaisten sijaisten vähentäminen voisi tuoda jatkuvuutta potilassuhteisiin. Työvuorokohtaisessa potilasjaossa voitaisiin myös kiinnittää nykyistä enemmän huomiota omahoitajan suosimiseen niissäkin tilanteissa, joissa edellisissä vuoroissa potilasta hoitanut hoitaja ja omahoitaja ovat samassa vuorossa. Näin omahoitajuudella olisi enemmän painoarvoa.

”Pitäisi olla joku selvyys siihen, hoitaako aamu- vai iltavuorolainen seuraavana aamuna.”

Esille tuotiin myös ehdotus, että jos potilas tulee lyhyehkön ajan sisällä toistamiseen osastolle hoitoon, sama hoitaja jatkaisi hänen omahoitajanaan. Työvuorokohtaista potilasjakoa ja työvuorosuunnittelua pidettiin tärkeänä asiana omahoitajuuden kannalta ja sen kehittämiseen toivottiin erillistä henkilöä. Haastatteluissa toivottiin myös nykyistä parempaa sitoutumista omahoitajuuteen, sillä onhan se virallisesti osaston hoitotyön työnjakomuoto. Lisäksi toivottiin aiheen esillä pitoa ja tietojen ja käytäntöjen päivittämistä ajoittain osaston sisäisissä palaverissa.

”Välillä systeemi unohtuu ja olis hyvä, jos se otettais välillä esiin osastokokouksissa tai jossain.”

Omahoitajuuden toivottiin näkyvän myös kirjaamisessa, niin että jokaisella potilaalla olisi omahoitaja ja hänen nimensä lukisi potilaan sähköisissä

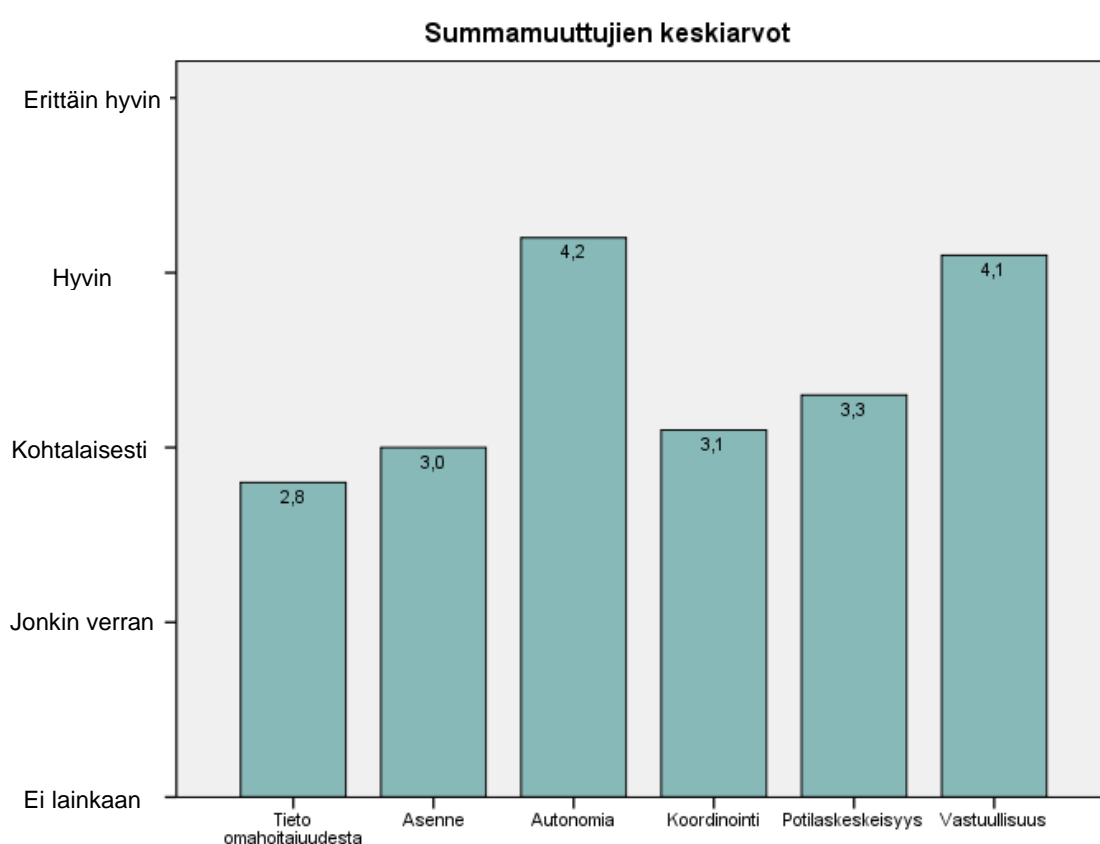
potilasasiakirjoissa. Potilaita tulisi informoida omahoitajuudesta ja hänen omahoitajastaan nykyistä aktiivisemmin. Yksi ehdotus tuli myös hoitosuunnitelman teosta, joka olisi kaikkien nähtävillä sähköisissä potilasasiakirjoissa ja kaikki sitoutuisivat sitä noudattamaan.

”Kirjattaisiin Mirandaan, kuka on omahoitaja ja laitettaisiin sinne suunnitelmat selvästi näkyville, niin että kaikki tietäisivät mitä on tulossa.”

Toisaalta toivottiin myös joustavuutta raskaiden ja vaativien potilaiden kohdalla, niin että omahoitaja voisi välillä ottaa etäisyyttä potilaaseen. Myös raskashoitoisten ja aikaavievien potilaiden hajauttaminen monelle hoitajalle oli toivottavaa. Erillisenä ehdotuksena tuli myös jonkinlaisten omahoitaja tiimien perustaminen. Tiimissä voisi olla kahdesta neljään hoitajaa, joilla jokaisella olisi joko omapotilaita tai tiimin yhteisiä omapotilaita. Näin ollen potilaat saisivat hoitoa joko tutulta omahoitajalta tai tutulta omahoitajatiimin jäseneltä. Hoitotiimillä voisi olla myös oma puhelin, johon potilaat voisivat soittaa kotoa.

5.3 Tulosten yhteenveto

Kyselyn tuloksista päätellen omahoitajuus toteutuu hoitajien arvioimana kohtalaisesti, sillä kaikkien summamuuttujien yhteinen keskiarvo on 3,4. Summamuuttujista autonomia ja vastuullisuus toteutuivat hoitajien arvioimana hyvin, muut kohtalaisesti. (kuvio 9.).



Kuvio 9. Summamuuttujat ja niiden keskiarvot

Tiedon omahoitajuudesta hoitajat arvioivat toteutuvan huonoimmin. Vastausten keskiarvo on summamuuttujista matalin, 2,8. Myös haastatteluissa kävi ilmi, että omahoitajuudesta tiedottaminen potilaille ja muille hoitajille ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla.

Asenne omahoitajuuteen oli hoitajien arvioimana kohtalaista. Esimerkiksi uuden hoitajan perehdyttämistä omahoitajuuteen pidettiin pääsääntöisesti hyvänä. Hoi-

tajat mainitsivat haastatteluissa omahoitajuudella olevan enemmän hyviä kuin huonoja puolia. Tämä kertoo asenteen omahoitajuuteen olevan positiivinen ja kehittämis ehdotusten perusteella hoitajien olevan valmiita kehittämään sitä.

Summamuuttujaan varsinaisesti kuulumattomana väittämänä asennoitumisesta omahoitajuuteen kertoo lääkäreiden suhtautuminen omahoitajuuteen. Kyselyn mukaan lääkärit tietävä ja hyväksyvät omahoitajakäytännön hyvin tai kohtalaisesti. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että kysymykseen oli vaikea vastata, koska lääkärit tietävät omahoitajuudesta, mutta on eri asia, hyväksyvätkö he sen.

Hoitajat kokivat autonomian toteutuvan summamuuttujista parhaiten, sen keskiarvo on 4,2, eli hyvä. Hoitajat luottivat toistensa ammattitaitoon ja tunsivat osastonhoitajan tukevan heidän työskentelyään omahoitajana. Toisaalta haastatteluissa kävi ilmi, että osa hoitajista koki, ettei heidän päätöksiään ja suunnitelmiaan omahoitajana aina kunnioitettu ja omahoitajan asema ensisijaisena hoitajana ei toteutunut. Tämä vähentää heidän autonomiaansa potilaan hoitotyöstä vastaavana henkilönä.

Hoitotyön koordinointi liittyy keskeisesti edellä esiteltyyn autonomiaan. Koordinointi toteutui hoitajien arvioimana kohtalaisesti. Kyselyssä hoitajat arvioivat oman työskentelynsä pohjautumista hoitosuunnitelmaan ja sen toteutumista omahoitajan poissa ollessa. Myös jatkohoitojärjestelyjen toteuttamista arvioitiin. Jatkohoitojärjestelyt toteutuivat omahoitajan toimesta hyvin, joka nosti koko summamuuttujan keskiarvoa merkittävästi. Hoitosuunnitelma katsottiin ohjaavan hoitotyötä jonkin verran tai kohtalaisesti, eli luultavasti hoitosuunnitelmaa ei joko tehty tai sitä ei noudatettu. Omahoitajan poissa ollessa hoitosuunnitelmaa noudatettiin jonkin verran. Haastatteluissa kävikin ilmi, että hoitosuunnitelman teossa ja sen kirjaamisessa olisi parantamisen varaa. Hoitajat ehdottivat että omahoitaja kirjaisi jonkinlaisen suunnitelman potilaan hoidosta sähköisiin potilasasiakirjoihin, josta korvaava hoitaja voisi ne lukea.

Potilaskeskeisyys toteutui hoitajien arvioimana kohtalaisesti. Hoitotyön tavoitteista keskusteltiin hoitajien mukaan hyvin tai erittäin hyvin ja hoitotyötä arvioitiin potilaan kanssa hyvin tai kohtalaisesti. Myös haastatteluissa kävi ilmi, että hoita-

jat olivat perehtyneet omahoitajuuteen potilaan kannalta, ja pitivät potilaan hyvinvointia työn lähtökohtana. Jokainen haastateltu hoitaja osasi nimetä useamman omahoitajuudesta potilaalle aiheutuvan hyödyn ja haitan.

Vastuullisuus toteutui hoitajien arvioimana hyvin. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että omahoitajuus toteutuu työvuorossa hyvin eli he saavat hoitaa työvuorossaan omia potilaitaan. Hoitajat toivat haastatteluissa esille että omahoitajuus osastolla onkin lähinnä työvuorokohtaista, jolloin joka työvuorossa hoitajalla on omat potilaat, jotka kuitenkin saattavat vaihtua seuraavassa vuorossa. Tämä selittää eron väittämien viisi ”Vastaan omahoitajana potilaani hoitotyöstä koko hoitojakson ajan” keskiarvo 2,6 ja kuusi ”Hoidan työssä ollessani omia potilaitani” keskiarvo 4,2, keskiarvojen välillä. Potilaan asioiden tiedottamisesta muulle henkilökunnalle pidettiin kyselyn mukaan hyvänä tai erittäin hyvänä. Haastatteluissa tulikin ilmi, että omahoitajan on helpompi tiedottaa lääkäriä potilaan tilanteesta kun potilas on hoitajalle tuttu. Toisaalta hoitajat kokivat että tieto siirtyy huonosti omahoitajalta korvaavalle hoitajalle, sillä yhtenäinen kirjaamistapa ja – paikka puuttuu.

6 POHDINTA

Kirjallisen aineiston löytäminen aiheesta osoittautui haastavaksi. Aihetta on tutkittu paljon 1970–1990 luvuilla, mutta sen jälkeen vähemmän. Alkuperäiset lähteet, joihin uudemmissa tutkimuksissa viitataan, ovat pääsääntöisesti Yhdysvalloista ja kirjoitettu 1980-luvulla. Niiden käsiin saaminen osoittautui käytännössä mahdottomaksi. Suomessa yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu hajanaisesti ympäri maata. Nämä Suomessa tehdyt tutkimukset ohjasivat sekä tutkimussuunnitelmaamme että teoria osuutemme rakennetta.

Kyselystä saamamme tulokset olivat samansuuntaisia, kuin aikaisemmissa aiheetta koskeneissa suomalaisissa tutkimuksissa. Samassa sairaalassa, mihin opinnäytetyö tehtiin, on tutkittu omahoitajuuden toteutumista samalla mittarilla vuonna 2002. Niihin tuloksiin verraten omahoitajuuden toteutuminen on meidän tutkimuksemme mukaan hieman huonompaa. Esimerkiksi potilaskeskeisyys ja koordinointi toteutuivat aiemmassa tutkimuksessa hyvin, mutta meidän tutkimuksessamme kohtalaisesti. Aikaisempi tutkimus käsittää kuitenkin useamman osaston, eikä sitä voi suoraan verrata meidän tutkimustuloksiimme.

Tutkimuksemme perusteella hoitajat arvioivat tiedon omahoitajuudesta, asenteen, koordinoinnin ja potilaskeskeisyyden toteutuvan kohtalaisesti. Autonomian ja vastuullisuuden arvioitiin toteutuvan hyvin. Kaikista summamuuttujista tieto omahoitajuudesta sai kaikkein matalimman keskiarvon 2,8, mikä herättää kysymyksen, voiko mikään omahoitajuuden osa-alue toteutua, jos potilas ei tiedä omahoitajuudesta. Omahoitajuuden toteutumisesta kertoo myös jotain se, että kyselyn vastauksien perusteella hoitajat hoitavat omia potilaitaan työvuoroissa hyvin, mutta vastaavat koko hoitojakson hoitotyöstä vain kohtalaisesti. Tämä saattaa kertoa siitä, että omahoitajuus toteutuu ennemminkin vuorokohtaisesti. Hoitosuunnitelman teossa tai noudattamisessa olisi myös parantamisen varaa, sillä vain kaksi vastaajaa viidestätoista ilmoitti hoitosuunnitelman ohjaavan työskentelyä hyvin. Myös korvaavan hoitajan ilmoitettiin noudattavan hoitosopimusta vain jonkin verran.

Yllä mainitut asiat ovat mielestämme tutkimuksen merkittävimmät tulokset. Kiinnittämällä huomiota näihin asioihin, omahoitajuuden toteutumista voitaisiin mielestämme parantaa. Kyseisiin asioihin on mielestämme myös kohtuullisen helppo vaikuttaa pienillä käytännön järjestelyillä ja sopimuksilla. Omahoitajuuteen sitoutuminen ja siitä tiedottaminen potilaalle ovat koko yksilövastuisen hoitotyön perusta ja kiinnittämällä huomiota niiden toteutumiseen voitaisiin parantaa koko omahoitajuuden toteutumista.

Opinnäytetyön teko sujui kohtalaisen hyvin. Tutkimusten teko osastolle oli vaiivatonta ja yhteistyö osaston kanssa oli sujuvaa. Tulosten analysointi oli hieman haastavaa, varsinkin haastatteluiden analysoinnissa kului aikaa. Kysely- ja haastattelutulosten yhdistäminen oli opinnäytetyön haastavin vaihe, vaikka toisaalta tulokset molemmissa olivat hyvin samansuuntaisia. Haastetta loi se, että haastatteluiden kysymyksiä ei varsinaisesti oltu jaettu samankaltaisiin aihealueisiin kuin kyselyt. Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten omahoitajuus on osastolla kehittynyt opinnäytetyön teon ja kehittämis ehdotusten esittämisen jälkeen.

Kehitystehtävänä pidämme tutkimuksen kohteena olleella osastolla osastotuntin, jossa esittelemme kyselyn ja haastattelun tuloksia, sekä haastatteluissa ilmitulleita, että meidän pohtimiamme kehittämis ehdotuksia omahoitajuuden parantamiseksi. Tuloksista ja kehittämis ehdotuksista on tehty power point – esitys, josta käy ilmi keskeisimmät tulokset ja kehittämis ehdotukset. Lisäksi osastolle toimitetaan opinnäytetyö kokonaisuudessaan.

LÄHTEET

Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Eriksson, K. 1988. Hoito tieteenä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino Oy.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1998. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Harkila, A. 1991. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Licensiaattityö.

Hegyvary, S.T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Suom. Suistola, A. & Virtanen, T., alkuperäinen teos 1987. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kananen, J. 2008a. Kvali – kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2008b. Kvantti – kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kiikkala, I. 1985. Omahoitaja. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Koivuselkä, J., Sahlsten, K. & Aalto, P. 2002. Omahoitajuuden toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana konservatiivisella tulosalueella v. 2002. Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. PSHP:n julkaisuja 12/2002.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Laatua kättilötyöhön – kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. 2004. Kättilöliitto. Luettu 12.10.2009.

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lewis-Hunstiger, M. 2006. Relationship- Based Care: Customized Primary Nursing. *Creative Nursing*. 12 (1), 4–9.

Luotolinna-Lybeck, H. & Leino-Kilpi, H. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö – Hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Turku: Pro nursing ry julkaisusarja C:1.1991.

Martikainen, T. 1981. Byrokratia ja terveydenhuollon hoitoprosessi. Tutkimus kahden tehokkuusajattelun välisestä ristiriidasta. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375. Tampereen yliopisto.

Munnukka, T. & Aalto, P (toim.) 2002. Minun hoitajani – Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Neal, K. 1995. Managing change: the named nurse. Nursing standard. 9 (23), 29–30.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki. Tammi.

Nurminen, T. 1994. Hoitotyöntekijöiden käsityksiä osastonhoitajasta työssä oppimisen tukijana ”Opitaan oppimaan yhdessä”. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Opinnäytetutkielma.

Paananen, U. 2007. Johdatus kättilötyöhön, Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kättilötyö. Tampere. Edita, 16–38.

Perkiö-Kuosmanen, M. 2004. Työssä oppiminen yksilövastuisessa hoitotyössä hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu–tutkielma.

Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaattityö.

Perälä, M-L. & Hentinen, M. 1986. Omahaohitajamalli käytännössä: Kokemuksia potilaiden ja hoitajien arvioimana. Teoksessa Sinkkonen, S. & Paunonen, M. (toim.) Sairaanhoidon vuosikirja XXII 1986. Helsinki. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 81–108.

Pukuri, T. 1997. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. PSHP:n julkaisu 7/1997.

Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Jyväskylä: Gaudeamus Ab.

Sairaanhoidajan eettiset periaatteet. 2009. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 12.10.2009.

www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_työ/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Vehviläinen, K. 1996. Toimiva kollegiaalisuus nostaa hoitotyönlaatua. Sairaanhoidaja. 69 (4), 40–42.

Vesaluoma, H., Laitinen, H., Auvinen, S. & Aalto, P. 2002. Omahoitajuuden toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana konservatiivisella tulosalueella v. 2000. Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. PSHP:n julkaisuja 10/2002.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö –Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä.

LIITTEET

LIITE 1

Sairaanhoitajan eettiset periaatteet

I Sairaanhoitajan tehtävä

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

II Sairaanhoitaja ja potilas

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

IV Sairaanhoitaja ja työtoverit

Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehitymisessä.

Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta

Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoitajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

VI Sairaanhoitaja ja ammattikunta

Sairaanhoitajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoitajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoitajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.

LIITE 1 (2/2)

Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoitajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.

(http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/) Luettu 12.10.2009

LIITE 2

KYSELYLOMAKE

| | | | | | |
|--|-------------|---------------|---------------|-------|----------------|
| Klinikka | Osasto | | | | |
| Osastoni hoitotyön työnjakomuoto | | | | | |
| Arvioi toimintaasi omahoitajana, miten seuraavat väittämät pitävät paikkansa. (Ympyröi mielipidettäsi osoittava numero) | Ei lainkaan | Jonkin verran | Kohtalaisesti | Hyvin | Erittäin hyvin |
| 1. Potilaani tietävät, että olen heidän omahoitajansa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Potilaani tietävät, milloin olen työssä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Potilaani tietävät, kuka on korvaava hoitaja, kun en ole paikalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Luotan myös muiden hoitajien osaamiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Vastaan omahoitajana potilaani hoitotyöstä koko hoitojakson ajan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hoidan työssä ollessani omia potilaitani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Neuvottelen hoitotyön tavoitteista potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Toimintaani ohjaa yhteistyössä potilaan kanssa laadittu suunnitelma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaani ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Hoitosopimukset ohjaavat muiden hoitajien toimintaa poissa ollessani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Vastaan potilaani asioiden tiedottamisesta muille häntä hoitaville | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Hoidan potilaani jatkohoitojärjestelyt hoitotyön osalta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Osastollamme uusi työntekijä perehdytetään omahoitajana toimimiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Hoitotyön kirjaaminen tukee yksilövastuista hoitotyötä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Lääkärit tietävät ja hyväksyvät osastomme omahoitaja käytännön | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Viime työvuorossa minulla oli aikaa omalle potilaalleni noin _____ (aika-arvio) | | | | | |
| Kiitos vastauksestasi! | | | | | |

LIITE 3

HAASTATTELULOMAKE

1. Mitä hyötyä koet omahoitajuudesta olevan työssäsi
 - a. potilaan kannalta?
 - b. hoitajan kannalta?

2. Mitä huonoja puolia koet omahoitajuudessa olevan
 - a. potilaan kannalta?
 - b. hoitajan kannalta?

3. Miten omahoitajuutta voitaisiin mielestäsi kehittää tällä osastolla?

LIITE 4

Hyvä hoitotyöntekijä!

Teemme opinnäytetyötä osastollenne yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyen. Taroituksenamme on kartoittaa kokemuksia sen toteutumisesta hoitajien arvioimana, sekä kerätä ehdotuksia sen parantamiseksi. Pyydämme Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselylomakkeeseen ja palauttamaan sen nimettömänä oheiseen laatikkoon. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Tulemme kartoittamaan kehittämis ehdotuksianne myös lyhyellä , noin 10-15 min. kestäväällä haastattelulla. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista. Tulemme tekemään haastatteluja alkaen maanantaina 6.9.2010 .

Etukäteen avustanne kiittäen

Kätilöopiskelijat

Henna Liljeroos ja Anne Pikkarainen

henna.liljeroos@piramk.fi anne.pikkarainen@piramk.fi

LIITE 5

SUOSTUMUSLOMAKE

Olen saanut tietoa Henna Liljeroosin ja Anne Pikkaraisen tekemästä opinnäytetyötutkimuksesta *Omahoitajuuden toteutuminen naistentautien osastolla hoitajien arvioimana*. Haastattelut ovat osa tutkimusaineistoa. Opinnäytetyöhön liittyy myös kyselylomakkeen käyttäminen aineistonkeruumenetelmänä, mutta tähän haastatteluun osallistuminen ei edellytä kyselyyn vastaamista. Kyselylomakkeita ja haastatteluja ei yhdistetä toisiinsa henkilöllisyyden perusteella. Tutkimus tehdään Tampereen ammattikorkeakoulussa Tampereella.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen liittyvään haastatteluun. Kaikki haastattelussa kerätyt tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia ja niitä ei saateta muiden kuin tutkimuksen tekijöiden tietoon. Haastattelumateriaalia hyödynnetään ainoastaan kyseisessä opinnäytetyössä ja työn valmistumisen jälkeen ne hävitetään.

Haastattelulla kerättyä materiaalia käytetään työssä siten, ettei teidän, eikä muiden haastatteluihin osallistuneiden henkilöllisyyttä voida tunnistaa.

Annan suostumukseni haastatteluun, sekä sen käyttämiseen kyseisessä opinnäytetyössä yllä olevin ehdoin

Allekirjoitus_____

Paikka ja aika _____

Kiitos avustanne!